Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 16 grudnia 1882. № 50. Rok XXI.

I. Przyczynek do rozpoznawania grużlicy prosowatéj.

Podał Dr. E. Finger,
asystent kliniki prof. Neumanna w Wiedniu.
(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Równocześnie mieliśmy sposobność spostrzegać przypadek grużliczego owrzodzenia języka, którego przebieg kliniczny rożni się poniekąd od biegu typowego.

Dnia 13 lutego 1882 przyjęto do kliniki syfilitycznéj 37-letniego ajenta Adolfa Steinera. Żle odżywiony, charłacznie wyglądający chory, żonaty, ojciec zdrowego dziecięcia, zaprzecza, jakoby był kiedykolwiek przedtém chory i że go tylko w ostatnich czasach trapił męczący kaszel. Powodem przyjęcia był wrzód, który sprawia ból choremu, a istnieje od sześciu tygodni i powiększył się znacznie w ostatnim czasie.

Badanie wykazało, że język jest nieco nabrzmiały i uniemożebnia całkiem ściśnienie zębów. Na górnéj lewéj połowie języka w oddaleniu około $^1/_2$cm. od linii środkowéj a $1^1/_2$cm. od końca języka rozciąga się wrzód z lejkowatém zagłębieniem aż po brodawki pieńkowate; największa jego szerokość wynosi 1cm. a głębokość 5cm. Brzegi wrzodu są nieco wzniesione, zatokowate, nadżarte i, podobnie jak gruzłowato-guziste dno, okryte żółtawą silnie przylegającą wypociną. Podstawa wybitnie stwardniała. Błona śluzowa języka, granicząca z wrzodem, znacznie zaczerwieniona. Przy dotknięciu wrzodu, jakoteż śród żucia i połykania uskarża się chory na przykry ból i cierpi znaczny ślinotok. Badanie fizyczne wykazało lekkie stłumienie odgłosu wypukowego, oddech oskrzelowy i furczenie w lewym szczycie płuc.

Wrzód rozpadał się bardzo szybko. Lewy jego brzeg posunął się aż po lewy brzeg języka i w ten sposób nietknięta dotychczas jeszcze część języka, leżąca po lewéj stronie owrzodzenia, zamieniła się we wrzód płytki z dnem nierównem, słoninowatém i zatokowatemi brzegami. Łatwo można było rozpoznać u chorego suchoty płuc, w obec jednak szybkiego rozpadu i zbitego nacieku wrzodu nasuwała się myśl, czy w tym przypadku nie ma guzów kiłowych. Z tego powodu podawano choremu jodek potasu w dawkach 4·0 dziennie. I rzeczywiście po kilkudniowém używaniu znaczne nastąpiło polepszenie. Bóle ustały, a wrzody zasklepiały się częściowo. Wkrótce jednak wystąpiły objawy, które dokładnie określiły istotę cierpienia.

Podczas gdy dotychczas wrzód jednostajnie rozpadał się i rozszerzał, dnia 28 lutego po raz pierwszy można było widzieć, że w zdrowéj błonie śluzowéj języka, w oddaleniu kilku milimetrów od brzegu wrzodu, tworzyły się małe szarawe gruzełki, nie większe od ziarnka prosa. Gruzełki te w przeciągu kilku dni rozpadały się, następnie zlewając się tworzyły atoniczne wrzody z zatokowatemi brzegami i dnem słoninowatém. Błona śluzowa, otaczająca wrzody, była zaczerwieniona w skutek ostrego zapalenia. Podobne gruzełki jak na końcu języka powstawały na dolnéj lewéj połowie tegoż. Wrzody z rozpadu tych gruzełków powstające zlewały się i tu, a w przeciągu kilku dni zmieniła się cała dolna lewa połowa języka w płytkie nierówne owrzodzenie; na dnie tegoż były widoczne szarawe gruzełki. Podobne gruzełki tworzyły się w zapalno zaczerwienionéj błonie śluzowéj, graniczącéj z brzegami wrzodu.

Podwyższenie ciepłoty, poty nocne, kaszel, plwociny kształtu monet z domieszką krwawą, stłumienie odgłosu wypukowego i oddech oskrzelowy w lewym szczycie płuc rozjaśniały dostatecznie, że nie chodzi tu o sprawę kiłową lecz o proces grużliczy z przerzutami gruzełków prosowatych w błonie śluzowéj języka i ztąd wynikającém owrzodzeniem. Dalszy przebieg odpowiadał zupełnie naszemu rozpoznaniu. Owrzodzenie języka rozszerzało się w sposób wyżéj podany a objawy grużlicy płuc doszły do maximum swego natężenia. Wśród potów nocnych, znacznych wieczornych podwyższeń ciepłoty i uporczywéj biegunki nastąpiła śmierć dnia 28 marca. Stłumienie odgłosu wypukowego, oddech oskrze-

lowy i rzężenia rozciągały się bezpośrednio przed śmiercią w obu płucach od szczytu tychże aż do grzebienia łopatki; wrzód zaś na języku rozszerzył się tak na górnéj jakotéż na dolnéj stronie aż po liniję środkową i pokrywał całą lewą połowę tegoż. Przerzuty małych gruzełków w zdrowéj błonie śluzowéj poprzedzały i w tém miejscu powiększanie się owrzodzenia. Badanie pośmiertne i w tym przypadku stwierdziło gruźlicę obu płuc.

Chociaż przebieg kliniczny obu przypadków był bardzo podobny, badanie jednak drobnowidowe wykazało stan odmienny. W pierwszym przypadku widoczne były przerzuty gruzełków prosowatych w błonie śluzowéj, podśluzowéj i ślinianka ch ustnych; w drugim przypadku nic podobnego i tak typowego nie można było spostrzedz. Na cięciach robionych z przybrzeżnych i środkowych części owrzodzenia widać gęsty drobno-komórkowy naciek, wypełniający dolne warstwy tkanki śródmięsnéj i rozpychający wiązki mięśni. Naciek ten w częściach bliżéj powierzchni leżących jest gęstszy, wreszcie wypiera wszelkie inne tkanki i tworzy w ten sposób brzeg i dno wrzodu. Od brzegu wrzodu, tak na zewnątrz jakotéż i ku środkowi, zmniejsza się naciek; sięga on jednak na wszystkie strony dość daleko pod przybłonkiem na pozór jeszcze niezmienionym. W części przybrzeżnéj wrzodu występują obok rozlanego nacieku drobnokomórkowego także i gruzełki dokładnie odgraniczone, zajmujące przestwory i szpary tkanki łącznéj śródmięsnéj i błony śluzowéj. Gruzełki te składają się z ścieśnionych okrągłych komórek (Rundzellen), lecz nie widać w tych komórkach ani rozpadu, ani wytwarzania się naczyń ani tkanki siatkowatéj ani też komórek olbrzymich, nic więc takiego, coby cechowało gruzełek prosowaty. Zdaje się, jakoby mięśnie w téj sprawie żadnego nie brały udziału, nie widać ani bujania takowych, ani powiększenia się ilości jąder, wiązki mięśni zwężają się i nikną. Podobnie i w gruczołach językowych mieszkowych nie można dopatrzyć się czynnego udziału. Naciek drobnokomórkowy wypełnia je i niszczy. Wypada więc z tego, cośmy powiedzieli, że rozchodzi się w obu przypadkach o owrzodzenie gruźlicze, powstające w skutek rozpadu gruzełków prosowatych.

Owrzodzenie gruźlicze rozpoznajemy:

1) Z wejrzenia i właściwości wrzodów. Owrzodzenia płytkie z dnem słoninowatém, z brzegiem zatokowato-torebkowatym, który zarówno jak i dno nie jest naciekły;

2) Z obecności małych, zaledwie wielkości ziarnka prosa dochodzących, szarawo przeświecających gruzełków, rozsianych w zdrowéj jeszcze błonie śluzowéj, graniczącéj z owrzodzeniem;

3) Z przebiegu i powiększania się wrzodów, które w ten sposób następuje, że każdy pojedyńczy gruzełek powiększa się i rozpada na swéj powierzchni, następnie zlewa się większa ilość takich gruzełków i tworzy powyżéj opisane wrzody;

4) Z istniejącéj ostréj lub zastarzałéj gruźlicy, mianowicie gruźlicy płuc.

Głębokie owrzodzenia, jakie w naszym drugim przypadku napotykamy, należą do wyjątków w gruźlicy prosowatéj skóry i błon śluzowych. Zdaje się, że na języku występują najczęściéj głębokie szczelinowate wrzody, czego dowodzi nasz drugi przypadek i podobny podany przez Féreola (*Union médicale* 1872). Jeżeli otoczenie takich wrzodów, jak to w naszym drugim przypadku ma miejsce, jest stwardniałe, może to posłużyć za powód, że uważa się takie wrzody za kiłowe lub też za raka. Rozstrzyga w tym razie dokładne badanie przebiegu, wystąpienie prosowatych gruzełków i stwierdzenie gruźlicy w innych narządach. Podczas gdy w pierwszym przypadku badanie drobnowidowe podaje typowy obraz gruźlicy prosowatéj, różni się drugi przypadek i w tym względzie od pierwszego, gdyż rozlany, guzkowaty, małokomórkowy naciek wcale żadnego podobieństwa z poprzednim obrazem nie przedstawia. Oba przypadki służą do poparcia twierdzenia, tak często przytaczanego przez dermatologów, że ten sam kliniczny obraz może być wywolany przez różne patologiczne sprawy, jako też na odwrót różne kliniczne obrazy przez ten sam patologiczny proces i tylko uwzględnienie wszystkich okoliczności (przebiegu i objawów towarzyszących) dozwala połączenia spraw na pozór różnorodnych.

Rokowanie w przypadkach gruźlicy prosowatéj błon śluzowych jest zawsze bardzo niepomyślne. Chociaż możliwe jest i widziano już gojenie się wrzodów gruźliczych, jednak już samo tworzenie się takowych jest objawem gruźlicy do wysokiego stopnia posuniętéj, która późniéj lub wcześniéj staje się przyczyną śmierci chorego. Okoliczność ta tém większe ma znaczenie, że zupełnie bezsilni jesteśmy w leczeniu tak wrzodów gruźliczych jako też i ogólnéj gruźlicy i musimy się ograniczać tylko do leczenia symptomatycznego.

II. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

22) Doświadczenie *z*. (Rozczyn zakwaszony $FeCl_2$ $+ MgCl_2 + KCl$).

W celu sprawdzenia wyników ostatniego doświadczenia przedsięwzięto ponownie doświadczenie z temi samemi solami, lecz w rozczynie zakwaszonym kwasem solnym, przy ciepłocie zwyczajnéj i dłuższém przebywaniu mniejszéj ilości zadanego rozczynu w żołądku. Zauważano bowiem w poprzedzającém doświadczeniu, że w rozczynie zadanym podczas ogrzewania dla braku kwasu część soli żelazawéj utworzyła zasadową sól żelazową tworzącą zmącenie w postaci opalizacyi, a w cieczy żołądkowéj unoszące się męty śluzowe były żółto zabarwione, dlatego i cieczy sączyć nie można było, tylko oznaczono składniki wprost w płynie dobrze wykłóconym w celu jednostajnego wymięszania mętów; nadto i czas doświadczenia okazał się za krótki, gdyż w żołądku napotkano jeszcze znaczną część płynu po upływie pół godziny.

A) O 8 g. 11 m. rano naczczo podano do wypicia 400 kcm. rozczynu zakwaszonego kwasem solnym przy ciepłocie 13·5 C. następującego składu odsetkowego:

Chlorku magnowego 0·976 gr.
„ potasowego 1·034 „
„ żelazawego 0·060 „

Zawartość ta rozczynu okazała się z następujących oznaczeń chemicznych w rozczynie zadanym:

20 kcm. utlenionego rozczynu amonijakiem strącone i wyżarzone, poczém pozostałość na sączku dopóty wodą zakwaszoną kw. octowym wyciągana, dopóki nie przechodziła do przesączu ciecz nie pozostawiająca żadnej pozostałości stałéj a następnie znów ze sączkiem spalona (które to

płukanie i palenie dwa razy uskuteczniono), wydały 0·016 Fe_2O_3 odpowiednio 0·012 $FeCl_2$.

Powyżéj od osadów i pozostałości Fe_2O_3 otrzymane przesącze, połączone i zagęszczone, potém fosforanem sodowym strącone wydały 0·2284 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0·1955 $MgCl_2$ na 20 kcm. cieczy zadanéj.

25 kcm. cieczy zadanéj ze sodą wolną od potasu wyparowano i wyżarzono a pozostałość tak długo na sączku wymywano, aż oddziaływanie przesączu na chlor znikło; poczém otrzymany przesącz zobojętniono kw. solnym, zagęszczono przez odparowanie i strącono chlorkiem platynowym, przez co otrzymano 0·843 a z wyskokowego przesączu jeszcze 0·0045 razem przeto 0·8475 $PtCl_4+2KCl$ odpowiadające 0·2585 KCl.

B) O g. 9 g. 11 m., do którego to czasu badany spokojnie siedział, zdołano wyciągnąć jeszcze 118 kcm. białawéj mętnawéj cieczy, oddziaływania tylko słabo kwaśnego. Ciecz tę mocno zakwaszono kw. solnym, silnie wykłócono i na połowę wodą przekroploną rozcieńczono.

50 kcm. téj cieczy rozcieńczonéj z nadmiarem sody wolnéj od potasu odparowano, wyżarzono a pozostałość wodą na sączku tak długo wymywano, aż oddziaływanie na chlor znikło, poczém w otrzymanym przesączu znaleziono 0·414+0·013=0·427 $PtCl_4+2KCl$ odpowiednio 0·130 KCl.

Pozostałość z poprzedzającego wymycia rozpuszczono we wodzie królewskiéj, następnie amonijakiem strącona, wyżarzona, wodą zakwaszoną kwasem octowym na sączku wymyta i znów wyżarzona dała 0·0134 Fe_2O_3 odpowiednio 0·0105 $FeCl_2$ na 25 kcm. cieczy żołądkowéj pierwotnej. Inne oznaczenia w 25 kcm. cieczy rozcieńczonéj po utlenieniu za pomocą $HCl+KClO_3$ i octanem sodowym strąconéj wydały 0·0064 Fe_2O_3.

W przesączach powyższych połączonych od $H_6Fe_2O_6$ i zagęszczonych otrzymano przez strącenie fosforanem sodowym 0·1144 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0·098 $MgCl_2$ na 25 kcm. cieczy żołądkowéj pierwotnéj.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiany w stosunku odsetkowym mięszaniny soli w cieczach *A* i *B* przedstawiają się dla chlorku potasowego i magnowego:

	KCl		$MgCl_2$		
W cieczy zadanéj	1·034	:	0·976	=	1·059
„ „ żołądkowé	0·521	:	0·392	=	1·329

zamiennik stosunku

$$\alpha = \frac{1{\cdot}329}{1{\cdot}059} = 1{\cdot}257$$

Zmiana w stosunku zgęszczenia cieczy żołądkowéj w porównaniu ze zadaną:

$$MgCl_2 \underset{1.257}{<} KCl$$

a różnica w ubywaniu (wessaniu)

$$MgCl_2 \underset{1.257}{>} KCl$$

co znaczy, że chlorek magnowy zostaje w żołądku w daleko większéj ilości wessany, niż chlorek potasowy.

Dla chlorku potasowego i żelazawego zmiany w stosunku mięszaniny w cieczy *A* i *B* przedstawiają się:

	KCl	:	$FeCl_2$
W cieczy zadanéj	1·034	:	0·060=17·266
„ „ żołądkowéj	0·521	:	0·042=12·404

a zamiennik stosunku

$$\alpha = \frac{17{\cdot}266}{12{\cdot}404} = 1{\cdot}392 \text{ razy}$$

Stosunek zgęszczenia tych soli w cieczy *B* w porównaniu z cieczą *A*

$$KCl \underset{1.392}{<} : FeCl_2$$

Różnica w zachowaniu się wessania względnego po upływie 60 minut

$$KCl \underset{1.392}{>} FeCl_2$$

co znaczy, że chlorek potasowy doznaje większego wessania, niż chlorek żelazawy.

W podobny sposób przedstawiają się porównania dla chlorku magnowego a żelazawego.

	$MgCl_2$	:	$FeCl_2$		
W cieczy zadanéj	0·976	:	0·060	=	16·266
„ „ żołądkowéj	0·392	:	0·042	=	9·333

$$\alpha = \frac{16{\cdot}266}{9{\cdot}333} = 1{\cdot}749 \text{ razy}$$

Zgęszczenie soli w cieczy żołądkowéj porównane z cieczą zadaną:

$$MgCl_2 \underset{1.749}{<} : FeCl_2$$

a zachowanie się pod względem wessania żołądkowego

$$MgCl_2 \underset{1.749}{>} FeCl_2$$

co znaczy, że ubytek odsetkowy chlorku magnowego ze żołądka jest znacznie większy, niż chlorku żelazawego.

W celu porównania wessania wszystkich trzech soli mamy zestawienie:

$$MgCl_2 \underset{1.257}{>} KCl$$

$$MgCl_2 \underset{1.749}{>} FeCl_2$$

$$KCl \underset{1.392}{>} FeCl_2$$

z czego wynika, że po upływie 60 minut $MgCl_2 \underset{1.257}{>} KCl \underset{1.392}{>} FeCl_2$ zostają wessane; wypadek zgodny z poprzedzającém doświadczeniem, tj. że chlorek magnowy zostaje najwięcéj a żelazawy najmniéj wessany; różnica jednak między wypadkami tego a poprzedzającego doświadczenia jest ta, że różnice między wessaniem pojedynczych soli stały się o wiele znaczniejsze, czego nie przypisywałbym, biorąc wzgląd na dośw. 9 i 10, jedynie dłuższemu przebywaniu rozczynu w żołądku, ale raczéj obecności wolnego kwasu solnego w cieczy zadanéj.

Przy pojedynczych doświadczeniach opisano dostatecznie sposób postępowania. Pozostaje jeszcze wspomnieć o niektórych okolicznościach, które nieuwzględnione, mogłyby obudzić wątpliwość co do dokładności otrzymanych wyników.

Doświadczeń nie wykonywano każdego dnia, lecz zwykle co drugi dzień. Czas przebywania rozczynów w żołądku liczono od uskutecznionego wypicia tegoż przez badanego, co następowało zwykle w przeciągu pół minuty, aż do pierwszego pojawienia się cieczy żołądkowéj we flaszeczce aspiracyjnéj.

Oznaczanie pojedynczych soli odbywało się zwykle wprost w cieczy żołądkowéj (i to rozcieńczonéj a najczęściéj sączonéj) a zatém w rozczynie zawierającym tak ciała organiczne jakotéż i nieorganiczne. Zależy na poznaniu wpływu tych domieszek na dokładność wypadków, a to tém więcéj, że błędy rozbiorowe przy tak wielkiéj różnicy w po-

jedynczych wypadkach mogą znacznie otrzymane wyniki modyfikować, czemu starano się w ten sposób zapobiedz, że przez zachowanie jednakowego postępowania zawsze jednakową przypuszczalną niedokładność popełniano.

Oznaczenie kwasoty lub alkaliczności cieczy żołądkowéj da się w przesączu dobrze wykonać, jeżeli przesącz nie jest wcale, lub tylko blado zabarwiony. Zabarwienie cieczy nieco silniejsze szczególnie żółte, przeszkadza miareczkowaniu; wtedy usuwano tę trudność w ten sposób, że pręcikiem szklanym wybierano krople z cieczy oznaczonéj i wpuszczono je na papierek lakmusowy; lecz konieczność tego postępowania okazywała się bardzo rzadko.

Miareczkowanie cieczy z czczego żołądka, gdzie nie napotykano ciał białkowatych, po rozcieńczeniu i przesączeniu rozczynem $AgNO_3$ według Mohra nie dawało o wiele różniących się wypadków od tego postępowania, jeżeli ciecz żołądkową odparowano ze sodą wolną od Cl i zwęglono, a w otrzymanym przez wymycie przesączu Cl oznaczono: dwie próby po 10 kcm. dwóch różnych cieczy żołądkowych wprost zmiareczkowane spotrzebowały 0·7,14·7 kcm. rozczynu srebrowego; częściową przyczyną zmniejszonéj ilości rozczynu srebrowego należy i w tém szukać, że podczas zwęglenia mała ilość chlorków się ulotniła. Jeżeli zaś ciecz żołądkową bez dodania sody odparowano i zwęglono, to na 10 kcm. tych samych cieczy wypotrzebowano 0·5 i 10·5 kcm. rozczynu srebrowego.

Dla ilości $BaSO_4$, oznaczając je wprost z przesączonéj cieczy żołądkowéj chlorkiem barowym, otrzyma się wypadek nieco mniejszy, niż uskuteczniając to po zwęgleniu i wyługowaniu, gdyż siarka ciał organicznych podczas zwęglania powiększa pierwotną ilość siarkanów, jak to się pokazało w badaniu jakościowém przedsięwziętém w dośw. 6 i z następującego oznaczenia ilościowego: 10 kcm. cieczy żołądkowéj bezpośrednio chlorkiem barowym strącone wydały 0·104 $BaSO_4$, a po zwęgleniu i wyługowaniu téj saméj ilości cieczy kw. azotowym otrzymano 0·107 $BaSO_4$. W obec powyższéj uwagi wypadek pierwszy należy uważać za prawdziwy.

Ilość pyrofosforanu magnowego otrzymana z cieczy żołądkowéj wprost a po zwęgleniu téjże i wyługowaniu pozostałości kwasem azotowym wypada prawie jednakową, jak poucza następujące oznaczenie: 10 kcm. cieczy żołądkowéj wprost z cieczy żołądkowéj strącone wydały 0·224 $Mg_2P_2O_7$ a inne 10 kcm. téj saméj cieczy po zwęgleniu oznaczone wykazały 0·223 $Mg_2P_2O_7$. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

F. Hofmeister. **O sposobach wykrycia peptonu w moczu.**

Dotąd ogłoszono już wiele różnych sposobów wykrywania peptonu w patologicznym moczu. Hofmeister nie uznaje jednak sposobów dotąd używanych za takie, któremi można wykazać na pewno pepton w moczu. Dwie są główne przyczyny, które nader utrudniają wykrycie peptonu: 1) niedokładne oddzielenie białka z moczu badanego na pepton, 2) znachodzenie się ciała podobnego do mucyny w moczu, które daje niektóre reakcyje zupełnie takie same jak pepton. Z metod podawanych do wykrycia peptonu bezpośrednio w moczu odrzuca Hofmeister próbę Milona i ksantoproteinową, ponieważ te dwie próby dają reakcyję częstokroć nawet w takich moczach, które ani peptonu ani nawet jakiegokolwiek ciała białkowatego nie zawierają. Jedynie tylko próba, polegająca na dodaniu siarkanu miedziowego i ługu sodowego, przez co w obec peptonów powstaje mniéj lub więcéj fijołkowo purpurowe zabarwienie, daje do pewnego stopnia pewność, że ciecz badana zawiera pepton. Próba ta, użyta bezpośrednio przy badaniu moczu napotyka znaczne trudności w prawidłowéj barwie moczu. Hofmeister poleca więc następujący sposób jako najodpowiedniejszy do wykrycia peptonu w moczu. Mocz badany zaprawia się kwasem garbnikowym, osad powstały zbiera się po 24 godzinach na mały sączek, obmywa dokładnie wodą, w któréj rozpuszczono nieco kwasu garbnikowego i siarkanu magnowego. Osad, który zawiera całą ilość peptonu, rozkłada się wodą barową. W przesączu teraz w razie obecności peptonu wystąpi bardzo wybitne zabarwienie fijołkowe po dodaniu siarkanu miedziowego i ługu sodowego. Według Hofmeistra można tym sposobem wykazać w 1 litrze moczu jeszcze 0.25 do 0.20 grm. peptonu. Aby przypadkiem przy wykrywaniu mniejszych ilości peptonów nie zawadzało ciało wspomniane do mucyny podobne, dobrze jest zaprawić mocz naprzód octanem ołowiowym, który ciało to strąca, a następnie dopiero kwasem garbnikowym. Mocze zawierające białko, należy poprzód od niego uwolnić. Najłatwiéj to uczynić, zaprawiając dotyczący mocz chlorkiem żelazowym i octanem sodowym, a następnie przez zagotowanie strącając całą ilość białka. Za pomocą téj metody badał Maixner *(Prager Vierteljahresschrift 143*, p. 78) w pracowni Hupperta znaczniejszą ilość moczów na pepton. Najczęściéj znajdował on pepton w moczu w chorobach połączonych z wytwarzaniem się ropy w ustroju; a więc wobec wypocin ropnych w jamie opłucny i otrzewny, wobec znaczniejszych ropni, gdziekolwiek takowe powstawały, w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych nagminném, w zapaleniu nerek i miedniczek nerkowych, daléj w przypadkach suchot płucnych, w których tworzyły się znaczne jamy w płucach, wreszcie stale w okresie porażennym zapalenia płuc krupowego. Jak się więc zdaje pepton, który w tych przypadkach napotykano w moczu, pochodził bezpośrednio z ropy. Obecność peptonu jako takiego w moczu świadczyłaby, że on wessany przez krew, nie ulega żadnej zmianie w czasie przejścia z krwi do moczu. W końcu autor zdaje sprawę z badania swego nad peptonem otrzymanym z moczu. Zdaniem autora jestto istotny pepton powstały z ciał białkowatych, który ogrzany do 160° C. znów się częściowo zmienia na białko. *(Zeitschrift f. phys. Chem. von Hoppe-Seyler IV.* p. 253). *Dr. Kopff.*

Fraentzel i Balmer: **Zachowanie się laseczników gruźliczych ze względu na przebieg gruźlicy.**

Zaledwie kilka upłynęło miesięcy od głośnego odkrycia Kocha a już nam wypada zaznaczyć nowy postęp wiadomości naszych o gruźlicy. Jeżeli sprawdzą się wyniki poszukiwań, z których niżéj sprawę zdajemy, to przybędzie nam dzielna pomoc w rozpoznawaniu, rokowaniu a w końcu i leczeniu choroby, z którą walczymy od lat tysięcy, a która więcéj pochłania ofiar niż nie jedna epidemija.

Fräntzel i Balmer w Berlinie badali plwociny stu dwudziestu suchotników, bez przerwy przez kilka miesięcy. Chodziło im przedewszystkiém o zachowanie się lasecznika w różnych okresach cierpienia u jednego i tego samego chorego, jak niemniéj o stwierdzenie częstości pojawiania się grzybka wzmiankowanego u suchotników a względnie u chorych gruźliczych. Wyniki, do jakich obaj autorowie doszli, podane są w Nrze 45 *Berl. klin. Wochenschr.*

Przedewszystkiém wypowiadają Fr. i B. zasadę ogólną, że gdzie w plwocinach znachodzą się laseczniki gruźlicze, tam istnieje gruźlica płuc, a powtóre gdzie w plwocinach, pomimo kilkakrotnego dokładnego badania, nie można wykryć laseczników gruźliczych, tam też i nie ma gruźlicy płucnéj. (? *Sprawozd.*)

Oględziny pośmiertne w przypadkach śmiercią zakończonych służyły autorom do poznania stosunku, w jakim pozostawała ilość i jakość usadowienia się laseczników gruźliczych do rozległości i rodzaju zmian anatomicznych, w płucach wykrytych. To też najskrupulatniéj notowali wyniki sekcyj, co znakomicie podwyższa wartość ich badań [1]).

Wnioski, do których Fr. i B. doszli, dają się streścić w sposób następujący:

1) Rokowanie w gruźlicy płucnéj stoi w ścisłym związku z ilością i stopniem rozwoju laseczników gruźliczych, znachodzących się w plwocinach. Wszystkie te przypadki, gdzie w plwocinach znachodzą się obficie dobrze rozwinięte laseczniki gruźlicze, nakazują rokowanie niekorzystne. Rokowanie polepsza się w miarę ubywania ilości laseczników. W przypadkach ostro przebiegających ilość laseczników gruźliczych w plwocinie była ogromną.

2) Ilość laseczników gruźliczych nie jest stałą podczas przebiegu gruźlicy; w miarę rozprzestrzeniania się sprawy niszczenia miąższu płucnego zwiększa się ilość ich, pod koniec życia dosięga ona swego *maximum*.

3) Rozmieszczenie laseczników gruźliczych nie jest u wszystkich chorych jednakowém; raz laseczniki zjawiają się w kępach, innym razem rozprószone są jednostajnie.

4) Stopień rozwoju laseczników gruźliczych jest bardzo różnym; w niektórych przypadkach są małe, szczupłe i nie wszędzie zarodniki okazujące. Zazwyczaj wtedy jest ich mało.

5) Takiego rodzaju laseczniki znachodzą się u chorych gruźliczych, gdzie sprawa chorobowa powoli się rozwija lub na tym samym pozostaje stopniu rozwoju. Szczególniéj dotyczy to przypadków ze staremi zamkniętemi jamami w płucach, wśród miąższu płucnego zresztą niezmienionego.

6) W gruźlicy płucnéj szybko przebiegającéj, mianowicie gdy równocześnie istnieje gorączka, poty nocne, znachodziły się laseczniki gruźlicze znacznie większe a zarodki ich były bez wyjątku dokładnie dostrzegalne.

7) W ogólności przebiegały przypadki, w których dużo znachodziło się laseczników, z gorączką (gorączka zakaźna); gdy nie było gorączki, to laseczniki gruźlicze bywały bardzo nieliczne i źle rozwinięte.

8) Różnica ilościowa pomiędzy laseczníkami w plwocinach pochodzących z jam świeżych a lasecznikami tkwiącemi w saméj ścianie jam płucnych, bywała bardzo znaczna. Gdy w plwocinach owych znachodziły się ilości ogromne, to w ścianach jam było laseczników bardzo nie wiele.

9) Zdaje się tedy, że plwocina przedstawia korzystniejszy grunt rozwoju dla laseczników gruźliczych, niż tkanina płucna nieobumarła.

10) Dowóz tlenu do jam płucnych nie jest przyczyną, że tamże więcéj laseczników się rozwija, gdyż równie znaczna ich ilość znalazła się w ropnéj wypocinie stawu kolanowego zamkniętego, wśród zapalenia gruźliczego stawu.

Nie mniéj ważną jest rzeczą, że udało się autorom wykryć laseczniki gruźlicze w owrzodzeniach gruźliczych płuc, w wydzielinie tychże wrzodów, w ścianie owrzodzeń jelitowych, w ropie pochodzącéj z gruźliczego zapalenia stawów itd. Na zakończenie wspominają autorowie, że ani sublimat (1:1000) ani silny ług potasowy nie niszczą w plwocinach laseczników gruźliczych. *Dr. Pisek.*

Langenbuch: Przypadek wycięcia pęcherzyka żółciowego z powodu kamyków. Wyleczenie.

Zgodne badania znakomitych klinicystów wykazują, że główném miejscem wytwarzania się kamieni żółciowych jest sam pęcherzyk, daleko rzadziéj przewody żółciowe. Kamyki te raz utworzone stają się przyczyną znacznych dolegliwości dla chorego, a nadto, według badań Fiedlera, zdaje się, że kamyki te opuszczają pecherzyk rzadko tylko przez przewód żółciowy, prawie zawsze zaś przez powolne przebicie pęcherzyka żółciowego, narażając tym sposobem chorego na ciągłe niebezpieczeństwo utraty życia.

Do usunięcia tego przykrego i zdradliwego cierpienia posiadamy wprawdzie środki wewnętrzne dosyć skuteczne, środki te jednak zawodzą bardzo często w przypadkach bardzo ciężkich, a zatém najbardziéj potrzebujących pomocy.

Taki właśnie przypadek poddał L. myśl usunięcia choroby wraz z jéj siedzibą przez wycięcie pęcherzyka żółciowego. Chodziło tylko o to, czy człowiek może się obejść bez tego zbiornika żółci i czy oddalenie pęcherzyka żółciowego nie przedstawi bardzo znacznych trudności. Odpowiedź na pierwsze pytanie była łatwa, boć pewne rodzaje zwierząt nie posiadają wcale pęcherzyka żółciowego, a i u ludzi spostrzegano wrodzony brak lub zupełny zanik tego narządu w skutek przewlekłych spraw zapalnych. W takich razach żółć odpływa stale do przewodu pokarmowego nie wywołując przez to znaczniejszych zaburzeń, lub też tworzy się nowy zbiornik przez rozszerzenie się jednego z przewodów.

Co do drugiego pytania, to doświadczenia na trupach przekonały L., że ze wszystkich operacyj wymagających otwarcia jamy brzusznéj wycięcie pęcherzyka żółciowego jest prawie najmniéj niebezpieczną.

Najdogodniejszy sposób wykonania téj operacyi ma być następujący. Prowadzi się cięcie jedno wzdłuż dolnego

---

[1]) Sposobem Ehrlicha uwidoczniali autorowie w preparatach drobnowidowych laseczniki. Dla ważności i niezwykłéj prostoty przytaczam powtórnie tę metodę.

Bierze się odrobinę plwociny mającéj być badaną między dwa szkiełka nakrywkowe, grubość szkiełka nie powinna być większą od 0·12 milimetra. Ścisnąwszy następnie plwocinę temi szkiełkami, oddalamy powoli za pomocą dwóch penset oba szkiełka do siebie i suszymy pozostałe na nich odrobiny plwociny nad płomieniem gazowym. — Do wysuszenia wystarcza trzechkrotne przeciągnięcie szkiełka przez płomień. Następnie wkłada się te szkiełka na 24 godzin do małéj ilości barwika, tak iżby tylko powierzchnia szkiełka, na któréj znachodzi się zasuszona plwocina, dotykała powierzchni płynu barwiącego. (Błękit gencyjany lub fuksyna 1 grm. na 50 grm. aniliny „*Anilinwasser*“ tj. olejku anilinowego dodanego w nadmiarze do wody destylowanéj i dobrze skłóconego). Barwik musi być świeżo sporządzony i przesączony. Po 24 godzinach wyjmuje się za pomocą pensety preparaty i obmywszy je wodą destylowaną wkłada się takowe na $\frac{1}{2}$—1 minuty do rozcieńczonego kwasu azotowego (1 cz. na 3 cz. wody dest.). Preparaty wyjęte z kw. azot. należy znów obmyć wodą destylowaną i włożyć następnie do innego barwika, aby otrzymać tło należyte. Dla preparatów barwionych przedtém błękitem gencyjany stosownêm jest „*Bismarkbraun*,“ dla tych zaś preparatów, które fuksyną były barwione, wypada użyć błękitu metylenowego (*Methylenblau*). W tych barwikach pozostaje preparat tylko $\frac{1}{2}$—1 minuty. Po wyjęciu znów należy obmyć preparat a w końcu między bibułą osuszyć. Dopiero całkiem suche szkiełko nakrywkowe (na którém tkwi plwocina), można włożyć na stałe do kropli balsamu kanadyjskiego.

brzegu wątroby, drugie prostopadle do niego na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego prawego, oba długie na 10—15cm. Po otwarciu otrzewny spycha się pętla jelit gąbką ku dołowi, podnosi się brzeg wątroby do góry, napina się przez to więzadło wątrobo-dwunastnicowe; następnie odsłania się górny wązki koniec pęcherzyka aż do przejścia jego w przewód pęcherzowy, który podwiązuje się mocnym jedwabiem. Wreszcie nadcina L. otrzewnę na wypukłym końcu pęcherzyka i oddziela go od wątroby, unikając jak najstaranniéj zranienia tego gruczołu. W razie gdyby pęcherzyk był mocno żółcią napełniony, można część płynu oddalić przez wyssanie strzykawką Pravaza. Po wyjęciu pęcherzyka postępuje się z raną brzuszną, jak po każdéj laparotomii. Wkrótce nadarzyła się L. sposobność wykonania téj operacyi na żywym. Był to mężczyzna 43-letni, który od lat 16 cierpiał na kolkę żółciową. Leki wewnętrzne nie przynosiły mu prawie żadnéj pomocy, a w skutek ciągłych bólów i nadużywania morfinu chory już bardzo podupadł był na siłach. Dnia 15 lipca b. r. wykonał L. u tego chorego wycięcie pęcherzyka żółciowego opisanym wyżéj sposobem, nie natrafiając na żadne szczególne trudności. W pęcherzyku znaleziono tylko dwa kamyki cholestearynowe wielkości prosa. Przebieg po operacyi był zupełnie pomyślny, a 27 lipca operowany opuścił łóżko. Stan chorego poprawił się bardzo znacznie, bóle nie pojawiły się więcéj, apetyt a z nim i stan odżywienia polepszył się tak, że w połowie września ważył chory o 13 kgr. więcéj niż przed operacyją.

Jako wskazania do téj operacyi uważa L. bardzo ciężkie przypadki kamyków żółciowych, opierające się innym sposobom leczenia, sądzi jednak że i z powodu przetok, zropienia i torbielowatego zwyrodnienia pęcherzyka żółciowego, wycięcie go byłoby środkiem najpewniejszym. (*Berlin. klin. Wochenschr.* Nr. 48). *Dr. Schramm.*

IV. Zaraza morowa i cholera na Wschodzie w roku 1881.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

We wrześniu przeszłego roku międzynarodowy Zarząd zdrowia w Aleksandryi listem jenerał-majora Locha, politycznego rezydenta w Adenie, został zawiadomiony o zauważaniu tam 32 przypadków cholery, z których 27 zakończyło się niepomyślnie. Z powodu jednak, że choroba nie przedstawiała cech epidemii, rezydent nie uważał za konieczne wspominać o niéj w patentach morskich! Pod wpływem téj niespodzianéj wiadomości i w obec niezrozumiałéj opieszałości władz angielskich w tłumaczeniu przypadów wybuchłéj w Adenie cholery, Urząd sanitarny w Aleksandryi poddaścisłéj obserwacyi wszystko, co przybywało z Adenu i morza Czerwonego. Jednocześnie także Zarząd zdrowia w Konstantynopolu polecił, ażeby wszystkie statki, które zawinęły do Adenu lub pochodziły z jego zatoki i dotykały wybrzeży afrykańskich aż na północ od Moussana, udawały się bezwarunkowo do Hodejdy lub do wyspy Kamaran, gdzie odbywszy 10-dniową kwarantanę mogły się zwracać do wybrzeży Arabii i wysadzać swych podróżnych jedynie tylko w porcie Dżeddy. Nadto gubernatorowi Jemenu posłano rozkaz natychmiastowego rozciągnięcia łańcucha wojskowego na południu prowincyi, dla przecięcia wszelkiéj komunikacyi z Adenem. Wśród zastósowania tych środków ostrożności rezydent Adenu przesłał tureckiemu Zarządowi służby zdrowia nowy raport przebiegu cholery, z którego dowiedziano się co następuje: Od 2 sierpnia do 11 września było 81 przypadków cholery w Adenie, z których 64 śmiertelnych, od 11 do 18 września 72, z których 52 przypadków śmierci. Od 18 do 22 września 24 przypadki wszystkie z zejściem niepomyślnem, od 22—26 września 8 przypadków, z których 6 zakończonych śmiercią. W ogóle 185 przypadków cholery, z których 14? śmiertelnych, czyli 80,3 na 100 ogólnéj liczby przypadków. Od 27 września, podług sprawozdań urzędowych, nie uważano więcéj przypadków cholery w Adenie. Nie mam zamiaru zaprzeczania prawdziwości tych dat; lecz przekonawszy się osobiście, jak jest różnorodną ludność Adenu (składa się bowiem z 12—15 tysięcy Judyjan, 6 tysięcy Somalis, 7—8 tysięcy Arabów, 2 tysięcy Europejczyków i Izraelitów, razem 32—35 tysięcy mieszkańców), z trudnością uwierzę w możebność ścisłego wykazania przypadków cholery pośród tak mięszanéj ludności. W Adenie właśnie ogromny napływ obcych, wielka ich ruchliwość, czynią, że cholera tutaj grasuje z niezwykłą siłą. Przystań miasta tak korzystnie położona między morzem Indyjskiém a Czerwoném, jest punktem, do którego zawijają wszystkie prawie żaglowce i parostatki, zmuszone odnowić ładunek węgla, a tém samém utrzymujące ten port w ciągłym stosunku z Cesarstwem anglo indyjskiém i zatoką perską. Handel dawniéj tak kwitnący w porcie Mokki dzisiaj nie istnieje. Wszystko zwróciło się ku Adenowi, gdzie codziennie z całego południa Arabii przybywają setki wielbłądów, przynosząc najrozmaitsze produkty, nie wyłączając nawet ogrodowizn i produktów niezbędnych do codziennego użytku. Mianowicie zaś pokolenie Arabów Lehydży pozostaje w ciągłym stosunku z przystanią angielską. To samo można powiedzieć i o przystaniach afrykańskich, łatwiéj jeszcze dostępnych drogą morską. Dwie przystanie Zaila i Berbera położone na południowym przylądku od Adenu, dziś należące do Egiptu, są głównemi ujściami tego nieustannego ruchu między portem angielskim i Afryką. Każdego roku w końcu października przystań Berbera bywa bardzo ożywioną z powodu przybywania tu znacznéj liczby kupców z Indyj, Arabii, wybrzeży morza Czerwonego, a nawet z wnętrza Afryki. Taki zaś napływ ze stanowiska higijeny nie może być uważanym za dobrze oddziaływający na zdrowie publiczne. Jakkolwiek o pochodzeniu cholery wybuchłéj w Adenie nie podobna powiedzieć nic pewnego, to jednak wolno jest przypuścić, że nie zrodziła ona się na miejscu, a tylko i prawdopodobnie przeniosła się z Bombaju, Indyj angielskich lub południowéj Afryki. Na szczęście jednak zaraza trwała niedługo. A na przyszłość należy się spodziewać, że i rezydenci polityczni Adenu, zrozumiawszy ducha naszego czasu, wymagającego tłumaczenia natury pewnych faktów, nie zechcą narażać się na ciężką odpowiedzialność w obec Europy i nie opóźnią się w zdawaniu sprawy o gwałtownym wybuchu cholery od miesiąca grasującéj w obrębie ich administracyj.

Jednocześnie prawie z szerzeniem się zarazy morowéj w pewnych okolicach Azyi, uwaga ogółu została zwróconą na inny punkt, daleko nas bliższy, mianowicie na Mekkę, do któréj ściągało tysiące pielgrzymów, aby tam pod gorącém niebem Arabii dokonać ofiarowania jagniąt i oddać cześć grobowi proroka, w ciągu uroczystości zwanéj „Kurban-Bajram.“ Pielgrzymki podobne i pobyt fanatyków u bram miast świętych od dawna uchodzą za przyczynę wybuchu i przerzutu chorób zakaźnych. Potwierdził to też i rok przeszły. Depesza wysłana 9 września z Dżeddy przez Suakim rozniosła wieść o wybuchu cholery w Mekce. Zasięgnięte

jednak wiadomości przekonały, że nie we wrześniu lecz w połowie sierpnia choroba ukazała się w świętém dla muzułmanów mieście najprzód w postaci choleryny, wkrótce zaś cholery z szybkim śmiertelnym przebiegiem. Zaraza szerzyła się przeważnie pośród pielgrzymów z Jawy, Takruru i Sudanu, bardzo mało nagabywala pielgrzymów tureckich, lecz za to nie oszczędzała wojskowych. Pierwsza wieść o takim przebiegu zarazy podał lekarz szpitala cywilnego w Mekce, twierdząc, że zaraza została tu przeniesioną z Adenu. Można to było przewidzieć, nie uwzględniając nawet cyfr i zaprzeczeń podawanych w wykazach urzędowych. Bo wtedy gdy lekarze obliczali dzienną śmiertelność na 120—170 osób, gubernator w swych raportach (tureckich oczywiście) podawał tylko cyfry małoznaczące! Przekonamy się wreszcie o tém z samego przebiegu zarazy.

Od 15 września do 13 października zanotowano w Mekce 646 zejść, z których 368 z chorób zwykłych i 278 w skutek cholery. Dziennie zatém 32 przypadków śmierci, ilość nieznaczna na 130—150 tysięcy mieszkańców, w drugiéj połowie października śmiertelność znacznie się zmniejszyła, tak że w ostatnim tygodniu miesiąca zanotowano tylko 31 przypadków śmierci pośród całéj liczby pielgrzymów. W ciągu listopada zaraza sroży się z nową siłą. W jednym dniu (9 listopada) umarło 270 osób. To jednak niezwykłe wzmaganie się śmiertelności było w związku z ceremonijami religijnemi odbywającemi się po za miastem w Arafat i Muna. Teraz więc, jak i zawsze, chwile uroczystości pogorszyły sytuacyję sanitarną i wzmogły siłę zarazy. Od 11 więc do 13 listopada było nowych 190 przypadków śmierci. Od 13 do 18 brakuje dat. W przeciągu trzech dni (18, 19 i 20 listopada) śmiertelność nagle się zmniejszyła, wykazano bowiem tylko 9 przypadków cholery, co pozwalało przypuszczać blizkie jéj wygaśnięcie.

Zarząd służby zdrowia wiedząc z praktyki, jak trudno jest potwierdzić liczbę przypadków śmierci pośród tak licznego napływu rozmaitych ludów do Mekki bez zwracania uwagi na znane cyfry, nie opóźnił się jednak z zastósowaniem środków ochronnych, i dnia 27 września postanowił przerwać na czas epidemii stosunki komunikacyjne tak z Arabiją jak i z Egiptem. Jednocześnie odwołano się do powagi państw europejskich wzywając do pośrednictwa i skłonienia rządu tureckiego do powstrzymania pielgrzymki muzułmanów do Dżeddy. Ze swéj strony rząd egipski ustanowił wielką kwarantanę w El-Wedż, a nie w Tor jak to dawniéj bywało. W pierwszéj z tych przystani, nawet w czasach zwykłych wszyscy pielgrzymi przybywający z Mekki poddają się obserwacyi sanitarnéj. Przedsięwzięcie jednak środków ochronnych i zabezpieczających od dostania się epidemij wschodnich do Europy, ciąży głównie na Urzędzie zdrowia w Konstantynopolu. Z pośpiechem téż więc postanowiono zastósować następujące przepisy: 1) 24 godzin obserwacyi dla wszystkiego, co przybywa z Egiptu; 2) kwarantana 10dniowa dla statków, choćby nawet były już poddane obserwacyi w Egipcie; 3) przystanie w Bajrucie i Smirnie przeznaczono do odbywania kwarantan dla wszystkiego, co przybywa od kanału suezkiego; 4) każdy statek, na którym uważano przypadek cholery, i którego stan sanitarny uznano za nienormalny, poddany będzie obmyciu i odwietrzeniu w stósownych lazaretach i patent na kontynuowanie dalszéj podróży otrzyma tylko za przyzwoleniem międzynarodowéj Rady zdrowia w Konstantynopolu; 5) Bassorach zostanie kwarantaną prawidłową dla przybywających z morza Czerwonego, Adenu i Bombaju; 6) ze strony lądu ustanowiono łańcuch kwarantanowy nazwany syryjsko-egipskim. Wreszcie na południe Damaszku w trzechdniowéj oddali założono posterunek wojskowy, mający za obowiązek czuwanie nad odbywającemi 10dniową kwarantanę tak karawanami jak i podróżnymi, przybywającymi do Syryi z Arabii. Tęż samą ostrożność zastósowano do granic Mezopotamii. Oddziały wojskowe, przeznaczone do pełnienia służby w miejscach dotkniętych zarazą morową, posunięto naprzód ku Arabii, dla czuwania nad przeprowadzeniem powyżéj przytoczonych przepisów. Jednocześnie międzynarodowa Rada zdrowia w Konstantynopolu zwróciła się do Sułtana wzywając do natychmiastowego wydania rozkazu celem powstrzymania dalszych pielgrzymek do Mekki. Wypada żałować, że to życzenie, jakkolwiek wywołane interesem o zdrowie publiczne, nie zostało uwzględnioném, ponieważ pomimo odejścia już znacznéj liczby pielgrzymów tak drogą morską jak i lądową, powstrzymanie nowych wypraw byłoby zmniejszyło nagromadzanie się pielgrzymów, a głównie powstrzymałoby nieuniknione w takich razach przerzucenie cholery ku wybrzeżom morza Śródziemnego. Niektóre z rządów miały zamiar odpowiedzieć na propozycyję międzynarodowéj Rady zdrowia. Lecz o ile wiemy, to tylko jedna Algieryja zabroniła na czasie pielgrzymkę i ostatecznie przeprowadzić zdołała rozporządzenia rządowe.

Higijeniczny stan Mekki w roku przeszłym był wyjątkowo zaniedbanym, mianowicie w epoce poprzedzającéj przybycie pielgrzymów. Wyżsi urzędnicy miejscowi, których obecność była konieczną do czuwania nad zastosowaniem przepisów sanitarnych, wcześnie opuścili miasto, przenosząc się w góry lub nad wybrzeża morza. Czyn to prawdziwie muzułmański. Odpowiedzialność więc za niedozór w utrzymaniu porządku sanitarnego w Mekce spada wyłącznie na władzę miejscową. Lecz i to wypada przyznać, że nie należy liczyć zbytecznie na korzystne rezultaty z zastosowania przepisów sanitarnych w warunkach takich, w jakich zwykła się odbywać pielgrzymka do Mekki, pośród bezładnego i niezmiernego nagromadzenia się fanatyków, do których nie może mieć dostępu żaden lekarz, żaden doradca obcy Islamowi. A i od lekarza muzułmanina także nie można się spodziewać, ażeby jego pośrednictwo mogło wywrzeć choćby najmniejszy wpływ na tłumy sfanatyzowane. Słowem nie należy oddawać się złudzeniom co do znaczenia praktyk sanitarnych na samym gruncie prowincyi Hedżas. Stosowanie ich wypada przenieść nieco daléj ku wejściu do morza Czerwonego, do cieśniny Bab-el-Mandeb i tutaj już powstrzymać wszystko, co się wyda podejrzaném, tém samém kładąc tamę dostaniu się epidemij do świętych miejsc Islamu. W tych to bowiem punktach tylko zastosowane przepisy sanitarne mogą na przyszłość dać jeszcze pożądane rezultaty.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Otrzymano tu depeszę zaprzeczającą sprawozdaniu o istnieniu jeszcze cholery w Mekce, gdyż egipski delegat w Aleksandryi poświadczył, iż choroba jeszcze w téj miejscowości panuje. Francuski Minister handlu nieprzywiązując wagi do wspomnionego zaprzeczenia, zarządził środki ostrożności, aby choroba ta do Europy się nie dostała. Między innemi środkami ustanowiono u włoskiego otworu tunelu Mont-Cenis dwóch chemików, których zadaniem jest odwietrzanie właściwym sposobem wszelkich listów i papierów, które nadejdą ze Wschodu drogą na Brindisi i kolejami włoskiemi. *(The Lancet)*.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 listopada do

1 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 22,0 (16.8 z. t.). Z błonicy umarło 1 (0 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z róży 2 (0 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry, 2 ospianki. W tygodniu od 19—25 listopada ospa w Londynie jeszcze bardziéj złagodniała, umarło 2, świeżo zapadło 7, leczyło się w szpitalach 68. W Wiedniu i Manchesterze umarło po 2, w Pradze 3, w Warszawie 9, w Paryżu 3, w Petersburgu i Granadzie po 21, w Madrycie 30, we Lwowie 15. Dur brzuszny w Paryżu złagodniał. Umarło 79, leczyło się w szpitalach 1476. W Aleksandryi umarło z tyfusu 12. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w Petersburgu, Murcyi, Londynie, Amsterdamie i Granadzie. Czerwonka złagodniała w Malmoe i Ystadt i zarządzenia kwarantanowe zniesiono tamże 16 listopada. W Aleksandryi umiera jeszcze wiele osób z czerwonki.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 16,8; we Lwowie 38,5; w Warszawie 25,9; w Poznaniu 28,4; w Wiedniu 22,7; w Budapeszcie 24.0; w Pradze 28,1; w Tryjeście 25,6; w Berlinie 23.1; w Wrocławiu 30,8 w Gdańsku 27,4; w Mnichowie 28.0; w Dreźnie 23,3; w Lipsku 22,3; w Bazylei 17,1; w Brukseli 22,3; w Amsterdamie 23,2, w Hadze 24,0; w Paryżu 24,9; w Londynie 22,5; w Kopenhadze 22,5; w Stokholmie 25.6; w Chrystyjanii 25,8; w Petersburgu 31,8; w Odesie 24.5; w Rzymie 21,4; w Wenecyi 23.0; w Bukareszcie 30,4; w Madrycie 36,4; w Barcelonie 25,4; w Lizbonie 41,7; w Nowym Yorku 23,3; w Filadelfii 20,7; w Bombayu 26,0; w Madrasie 35,7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 grudnia. Piszemy pod wrażeniem przygnębiającém i nader bolesném wiadomości otrzymanéj właśnie ze Lwowa. Niestety sprawdziły się wszystkie obawy, których w Nr. 48 Przegl. Lek. wypowiedzieć nawet nie mieliśmy odwagi.—Posada prymaryjusza oddziału chirurgicznego, miejsce pierwszorzędnego znaczenia w stolicy kraju, opróżnione po takim operatorze i wytrawnym chirurgu, jakim był śp. Szeparowicz, zostało obsadzone. Do konkursu stanęło 8 kandydatów; wszyscy z wyjątkiem jednego wychowańcy uniwersytetu Jagiell. lub wiedeńskiego, wszyscy z wyjątkiem jednego lekarze szpitali krajowych, a pomiędzy nimi 3 b. asystentów przy klinice chirurgicznéj krakowskiéj. Opinija powszechna, a mianowicie opinija ogółu lekarzy krajowych, z niezwykłą jednomyślnością wskazywała ja ko niewątpliwie najgodniejszego następcę po śp. Szeparowiczu Dra Obalińskiego, b. asystenta prof. Bryka, od lat 12tu prymaryjusza oddziału chirurg. w Krakowie, docenta a w roku przeszłym zastępcę profesora chirurgii w Uniw. Jagiell., niedawno jednomyślnie przedstawionego przez Wydział lekarski Uniw. Jagiell. na profesora nadzwyczajnego, autora wielu cennych rozpraw w dziedzinie chirurgii, wzorowego lekarza szpitalnego, nader sympatycznego kolegę, znanego z zacności charakteru, biegłego operatora i doświadczonego chirurga, któryby najlepiéj odpowiedział potrzebom stutysięcznéj z górą ludności stolicy kraju, nieposiadającéj wydziału lekarskiego. Zdanie ogółu lekarzy podzielały i dyrekcyje szpitali w Krakowie i Lwowie: pierwsza jakkolwiek ubolewając nad grożącą utratą przykładnego prymaryjusza poleciła go jednak gorąco i w sposób nader chlubny; ostatnia wedle zwyczaju przedstawiając Wydziałowi krajowemu terno z naciskiem umieściła Dra Obalińskiego na 1 miejscu (na 2 Dra Gostyńskiego, b. sekundaryjusza przy Szeparowiczu, a na 3 Dra Longchampsa, zastępczo kierującego oddziałem); referent Wydziału krajowego, Dr. Hoszard, już ze swego urzędu najkompetentniejszy w tym razie znawca stósunków lekarskich w kraju, oświadczył się stanowczo za Drem Obalińskim. Mimo to wszystko Wydział krajowy uznał za stósowne z pominięciem zupełném terna przedstawionego przez dyrekcyje szpitala zamianować jedynego z pośród 8 kandydatów, który za granicą kończył nauki, nigdy nie służył w szpitalach krajowych, w zagranicznym zaś drugorzędne tylko zajmował stanowisko, a o ile wiemy, prócz tezy inauguralnéj francuskiéj żadnéj nie ogłosił pracy. Wydział krajowy nie uwzględnił, już nie powiemy zasług i uzdolnienia Dra Obalińskiego, ale przeszedł do porządku dziennego nad 12-letnią służbą na posadzie prymaryjusza w drugim szpitalu krajowym, a przecież w świecie urzędowym nawet obok równych zalet pierwszeństwo otrzymuje urzędnik stały, zwłaszcza wzorowy, jeżeli pod temi samemi warunkami prosi o przeniesienie na inną, podobną posadę; Wydział krajowy nie uwzględnił żadnego z pozostałych 6 kandydatów, z których każdy służył poprzednio na posadzie krajowéj. Daremnie silimy się odgadnąć powody, które skłoniły Wydział krajowy do uchwały, tak wbrew przeciwnéj powszechnemu oczekiwaniu, przez którą nie tylko losy chorych szpitalnych, ale mieszkańców stolicy, pomocy operatora wytrawnego potrzebujących, złożył w ręce lekarza, który dotychczas nie dał się poznać ani w służbie szpitalnéj, ani w kraju, ani w piśmiennictwie lekarskiém. Nie pojmujemy, czém krajowi lekarze szpitalni zasłużyli sobie na takie upośledzenie przez najwyższą władzę autonomiczną; następstwa podobnego postępowania mogą być bardzo smutne; gdyż, pomijając wszystko inne, zniechęci ono całe młodsze pokolenie lekarzy do służby szpitalnéj.

* W Dzienniku Poznańskim znajdujemy następującą odezwę:

„Uchwałą, zapadłą na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, przekazano dzielnicy Wielkopolski zaszczytne zadanie urządzenia przyszłego Zjazdu, który ma się odbyć w roku 1883. Wydział gospodarczy postanowił zwołać Zjazd ten w pierwszéj połowie lipca w przekonaniu i téj nadziei, że tenże czas najwięcéj będzie się nadawał tak lekarzom jako też i przyrodnikom, by w dniach względnie najwolniejszych nieść wiedzę i doświadczenie do wspólnego roju rodzinnego.

Bliższe szczegóły co do dnia i porządku dziennego ogłoszone będą późniéj. Stósownie do zwyczaju przyjętego przez zjazdy krajowe i zagraniczne uprasza niżéj podpisany wydział nie tylko o wczesne zgłoszenie się wszystkich tych, którzy zamierzają brać w Zjeździe udział, ale nadto o podawanie treści wykładów tak na posiedzenia ogólne jako też sekcyjne. Nadto pożądaną jest rzeczą, ażeby wydział wcześnie mógł być powiadomionym za pośrednictwem niżéj podpisanego sekretarza o zadaniach najodpowiedniejszych do wspólnego rozbioru czyli rozpraw w poszczególnych sekcyjach.

IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu

Przewodniczący: Sekretarz:

Dr Kaczorowski Teofil. *Dr. Wicherkiewicz Bolesław.*

* **Kraków** d. 13 grudnia. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Prof. Jakubowski w wiadomościach bieżących Nr. 47 Przeglądu Lekarskiego pomieścić raczył kilka uwag o artykule, traktującym o zakładach leczniczych dla dzieci, a ogłoszonym przezemnie w zbiorowém wydawnictwie warszawskiém p. t. Niedole dziecięce. Z powodu tych uwag czuję się zmuszonym prosić Szan. Pana o umieszczenie również w szpaltach swego pisma następującéj odpowiedzi.

Najprzód prof. J. dziwi się, że we wspomnianym artykule nie znalazł opisu szpitala dziecinnego w Krakowie, Poznaniu i Lwowie. Komitet redakcyjny, zajmujący się wydawnictwem „Niedoli dziecięcych“ postawił sobie za zadanie zestawienie szczegółowéj działalności rozmaitych zakładów filantropijnych, funkcyjonujących tylko w Warszawie, a przeznaczonych dla wieku młodocianego. Taki obraz stanu obecnego opieki nad dziećmi w Warszawie będzie służyć jako materyjał dla przyszłych czynności Tow. Przyjaciół dzieci, które ma być założoném w Warszawie i pracować, przynajmniéj na teraz, tylko dla Warszawy. Odpowiednio do tego programu, a wbrew twierdzeniu prof. J., w inkryminowanym artykule podanymi zostały szczegółowe opisy tylko szpitali dziecinnych w Warszawie, a nie „na obu półkulach ziemi“. Tak samo autorowie innych artykułów, przy opisywaniu n. p. żłóbków, ochron lub przytułków dla dzieci, zajmują się tylko warszawskiemi, a nie krakowskiemi lub poznańskiemi. Brak więc szczegółowego opisu szpitala dla dzieci w Krakowie, znanego mi z czasu pobytu w tém mieście, nie pochodzi z mimowolnego lub dobrowolnego zapoznania wysokiego jego znaczenia dla społeczeństwa, lub istotnych zasług osób, które przyczyniły się do jego założenia, lub wpływają na dalszy jego rozwój, ale z powodów jasnych dla każdego, kto dokładniéj przejrzy program dziełka.

Ponieważ daléj dziełko p. t. Niedole dziecięce przeznaczoném jest nie dla samych lekarzy, ale dla szerszéj publiczności, która nie czytuje specyjalnych książek pedyjatrycznych, przeto przed opisem warszawskich zakładów leczniczych dla dzieci uważałem za stósowne podać wstęp historyczny, obznajmiający czytelnika z rozmaitymi sposobami i kierunkami filantropii na polu

szpitalnictwa za granicą, jakotéż z danemi historycznemi i statystycznemi. Gotową rzecz mamy pod tym względem w pracy Rauchfussa. Stosując się do rozmiarów kilkokartkowego artykułu, nie przetłómaczyłem jéj „dosłownie“, jak twierdzi prof. J., ale pewne ustępy wziąłem wprost, inne skróciłem, inne wreszcie jako mniéj ważne lub mniéj przystępne dla ogółu czytelników wprost opuściłem. W cudze zaś piórka się nie stroiłem, gdyż zaraz w początkowych wierszach uprzedziłem czytelnika wyraźnie, iż rzecz zaczerpnąłem z pracy Rauchfussa, wskazując tytuł dzieła, rozdziału i rok wydania. Z tego téż względu wyrażenie prof. J. o przypominaniu sobie źródła, zkąd znane mu były przytoczone we wstępie szczegóły historyczne, w obec wyraźnego przytoczenia autora i tytułu pracy jego, musimy uważać tylko za figurę retoryczną.

Wreszcie co się tyczy zarzutu wzięcia za podstawę wydania Gerhardta z r. 1877 a nie z 1881 r., odpowiedzieć muszę, iż drugie wydanie doszło do rąk naszych już po wydrukowaniu Niedoli dziecięcych. Okoliczność ta jednakże nie ma wielkiego znaczenia, gdyż przy zwiększonéj liczbie szczegółów, główna treść pracy Rauchfussa pozostała ta sama.

Warszawa 6 grudnia 1882 r. *W. Kosmowski.*

List powyższy zakomunikowaliśmy kol. prof. Jakubowskiemu, a odpowiedź jego podając równocześnie uważamy tym sposobem sprawę jako wyczerpniętą; dlatego dyskusyję nad nią zamykamy.

Szanowny Panie Redaktorze.

Z odpowiedzi Dra Kosmowskiego powyżéj umieszczonéj dowiaduję się, że jakkolwiek zadaniem dzieła: „Niedole dziecięce“ było zestawienie szczegółowe działalności zakładów filantropijnych funkcyjonujących tylko w Warszawie, to autor uważał za stosowne podać dla szerszéj publiczności szczegóły historyczne na polu szpitalnictwa z a g r a n i c ą (to jest: we Francyi, Anglii, Niemczech, Rosyi i Ameryce); program zaś dzieła i rozmiary kilkokartkowego artykułu nie dozwalały, aby coś wspomnieć o szpitalach dziecięcych w Krakowie lub Poznaniu; oświadcza daléj Dr. Kosmowski, iż mając już gotową pracę Rauchfussa nie przetłumaczył jéj, lecz pewne ustępy wziął wprost, inne skrócił, inne wreszcie opuścił. Zdaje mi się, że między oceną moją podaną w 47 N. Przeglądu Lekarskiego a odpowiedzią Dra Kosmowskiego bardzo subtelne zachodzą różnice. Gdy atoli ja w sprawozdaniu swojém rzecz całą traktowałem czysto przedmiotowo, Dr. Kosmowski w odpowiedzi swéj dotyka mnie w sposób ironiczny, uważając zapatrywanie się moje na jego publikacyję za f i g u r ę r e t o r y c z n ą, a tém samém uprawnia i zmusza mnie do dania ostatniéj odpowiedzi w tym samym duchu, to jest, że cytat w dziełku: „Niedole dziecięce“ na str. 186 w słowach: „S z c z e g ó ł y h i s t o r y c z n e p o c z e r p n i ę t e s ą z pracy Dra C. R a u c h f u s s a: *Die Kinderheilanstalten* (*Handb. d. Kinderkrankheiten* v. Gerhardt 1877)“ jest w całém tego słowa znaczeniu f i g u r ą r e t o r y c z n ą, gdyż z takiego objaśnienia mało kto z czytelników domyśliłby się, że przez tę figurę ma się rozumieć (jak to sam Dr. Kosmowski w odpowiedzi swéj przyznaje), że z gotowéj pracy Rauchfussa pewne ustępy są wzięte wprost, inne skrócone, a inne opuszczone, albo że przez tę figurę retoryczną ma się rozumieć dosłowne tłumaczenie z wypuszczeniem kilku małoznaczących ustępów. A że publikacyja Dra Kosmowskiego jest tłumaczeniem Rauchfussa, o tém może się każdy przekonać, jeżeli porówna w dziełku: „Niedole dziecięce“ opis zakładów leczniczych od str. 185 do 192 z oryginałem niemieckim w dziele Gerhardta od str. 467 do 478.

Prof. M. L. Jakubowski.

* Z prawdziwą przyjemnością witamy książkę wydaną przez prof. Łuczkiewicza o blednicy. Jestto wprawdzie wykład popularny, ale książka ta stanowi zeszyt XIX wydawnictwa E. Orzeszkowéj i wyszła w roku bieżącym w Wilnie drukiem J. Blumowicza.

* Podczas gdy R. K o c h, spełniając przyrzeczenie swoje, uczynione na Zjeździe genewskim, ogłasza odpowiedź na zarzuty P a s t e u r a i w rozprawie, świadczącéj o wielkiém rozdrażnieniu autora, wydanéj właśnie, występuje przeciw metodzie badania zasłużonego bijologa francuskiego, — prof. patologii doświadczalnéj w Budapeszcie, Koloman B a l o g h, na posiedzeniu tamecznego Towarzystwa lekarskiego, odbytém przed kilku dniami, wytoczył sprawę prątków gruźliczych, ostro krytykując obecny kierunek nauki o chorobach zakaźnych; w szczególności zaś dowodził, że nie mamy prawa oznaczania rodzai prątków ani na podstawie ich długości i grubości, ani na podstawie ich zachowania się w obec pewnych barwików. Tém samém, według Balogha nie jest uprawnioném i twierdzenie, jakoby poszczególne postacie rozwojowe prątków pozostawały w stosunku patogenetycznym do rozmaitych chorób. W dowód swego zapatrywania przytoczył fakt, że w bagnach znajdujących się w blizkości Budapesztu wykrył prątek, zachowujący się w obec rozmaitych sposobów barwienia tak samo jak prątek gruźliczy Kocha. Proff. K o r a n y i i F o d o r stanęli w obronie Kocha, nie potrafili jednak usunąć wątpliwości, poruszonych przez Balogha.

* Z listu otwartego, wystósowanego przez Dra P e t z h o l d t a, redaktora pisma: „*Neuer Anzeiger f. Bibliographie*“ w Dreznie do Dra E s t r e i c h e r a, dyrektora biblijoteki U. J. dowiadujemy się, że piśmiennictwo lekarskie polskie wzbogacone zostało nowym nabytkiem, a mianowicie osławioném dziełem Dra Retau, p. t. „Ochrona własna, samogwałt, onanizm itd.,“ która wyszła w tłumaczeniu polskiém w Lipsku, nakładem braci Bierey w r. 1882. Dr. Petzholdt w oburzeniu moralném piętnuje postępowanie owéj firmy lipskiéj, która mylnie podaje, jakoby tłumaczenie uskuteczniono według 78go wydania, podczas gdy wszystkich wydań nie było więcéj nad 18, oraz że autorem jest Dr. Retau, który nigdy nie istniał, podczas gdy rzeczywistym autorem jest niejaki Vater, który nigdy doktorem nie był.—Już sam fakt, że ani my, ani p. Dr. Estreicher, znakomity nasz biblijograf, dotychczas o tym nabytku wiadomości nie posiadaliśmy, dowodzi, że piśmidło, sporządzone z spekulacyi przez księgarnię lipską, jest dla nas obcém i takiém pozostanie nadal. Lekarze tego rodzaju „dzieła“ zazwyczaj pomijają milczeniem, jeżeli nie pogardą.

* Dowiadujemy się, że w tutejszéj klinice chirurgicznéj chorzy przez 3 tygodnie nie mieli świeżéj bielizny. Pochodzi to ztąd, że tak długo czekać musiano na sporządzenie rzeczy koniecznie potrzebnych. O zakładzie samym już nie wspominamy; aż nadto znaną jest rzeczą, że jest najgorszym w świecie, a mimo to sprawa budowy klinik na gruncie szpitala św. Łazarza ugrzęzła gdzieś we Lwowie, podczas gdy w Wiedniu obwiniają zapewne Uniwersytet o brak energii w posuwaniu naprzód sprawy tak żywotnéj.

* W miasteczku w okolicy Mielca w Galicyi położoném opróżnioną jest posada lekarza, połączona z płacą stałą 500 zła. obok wolnéj praktyki. P. Dr. S k a k a l s k i w Podgórzu udzieli bliższych wiadomości.

* **Warszawa**. Uniwersytet otrzyma wkrótce pracownię higijeniczną, która pozostawać będzie pod zawiadywaniem prof. Skwarcowa; na urządzenie pracowni wyznaczono kwotę 1.500 rs.

Budowa szpitala dla obłąkanych w Tworkach pod Pruszkowem rozpocznie się z nadejściem wiosny. *(Kur. warsz.)*

* **Wiedeń**. Prof. G r u b e r na jednym ze swych wykładów wspomniał był niedawno, że błony bębenkowe atroficzne pękają czasem z przyczyn bardzo nieznacznych, a były pacyjentki, które zapewniały, że pęknięcie u nich nastąpiło w skutek pocałunku. Z téj wzmianki urosła bajka, skwapliwie przez prasę polityczną w całéj Europie powtarzana, że temi dniami przedstawiła się w klinice prof. Grubera pacyjentka, która doznała pęknięcia błony bębenkowéj w skutek całusa, zaaplikowanego jéj przez kochanka czy narzeczonego, który z dalekiéj powrócił podróży. *(W. allg. med. Ztg.)*

* **Węgry**. Ekshumacyja i ponowne oględziny zwłok kobiety Tisza Eszlarskiéj odbyły się d. 5 bm. Profesorowie budapeszteńscy znaleźli ciało, pomimo że leżało w ziemi suchéj, piaszczystéj, tak mocno zgniłe, jak się tego wcale niespodziewano (a jednak spodziewać się należało, z powodu, że na zwłokach tych już przed 6 miesiącami odbyto sekcyję); znawcy musieli przeto ograniczyć się do badania kośćca. Spisawszy protokół oględzin zapieczętowali resztki ciała i żądali przesłania takowych do Budapesztu celem bliższego zbadania, a żądaniu temu sąd kolegijalny w Nyiregyhaza uchwalił zadosyć uczynić. Wydanie opinii na teraz uznali za niepodobne, ponieważ „oględziny przez pierwszych znawców ze stanowiska lekarskiego bezwzględnie były nieodpowiednie, nieuzasadnione i niewiarogodne, a obducenci ci obecni przy sekcyi ponownéj na żadne pytanie nie umieli dać wyjaśnienia uzasadnionego.“ Zwrócił na siebie uwagę brak wszystkich paznogci u stóp, którego nie można kłaść na karb

zgnilizny, a do tych paznogci, jako starannie pielęgnowanych, pierwsi znawcy wielką przywiązali wagę w orzeczeniu o nieidentyczności zwłok.

□ **Rosyja**. *Jużnyj Kraj* w Nrze 600 donosi, że na Ukrainie w powiecie taraszczańskim, we wsi Zbarożówce, mieszka znachor-tatarzyn, cieszący się nader liczną praktyką lekarską; klijentelę stanowią nietylko włościanie lecz i ludzie inteligentni, przybywający z znacznego oddalenia do cudownego lekarza. Rozpoznaje według kształtu, jaki przybiera stygnący wosk, wylany na wodę, a leczenie polega na szeptaniu, piciu naparu przyrządzonego z karteczek, na których tatarzyn poprzednio kreśli krwią jakieś znaki, a wreszcie stosowane bywają nader duszące obkadzania i kąpiele; niedawno w jednéj z takich kąpieli zakończył życie starozakonny, który przybył do Zbarożówki dla poratowania zdrowia; wypadek ten nie oddziałał ujemnie na sławę znachora, przeciwnie natłok chorych jest tak wielki, że dla utrzymania porządku miejscowa władza bezpieczeństwa delegowała osobnego uradnika.

W Nrze 46 *Wracza* czytamy, że Dr. Herzenstein zaprojektował używanie swego pomysłu okularów i respiratora przez lekarzy, którzy leczą błonicowych; instrument ten ma zabezpieczać od dostania się śliny błonicowych do ócz i ust lekarza.

Towarzystwo rosyjskie „Czerwonego Krzyża“ porozumiało się z petersburskiemi homeopatami, którzy otrzymają zakład na 40 łóżek dla leczenia według nauki Hahnemanna chorych na błonicę. (*Wracz* Nr. 46).

Dr. Jaworski, lekarz rosyjskiego poselstwa, wysłanego 1847 r. do Afganistanu, wydal obecnie opis téj podróży. (*Wędrowiec*, Nr. 46).

Godną naśladowania powzięła uchwałę młodzież kijowska. Medycy V kursu postanowili po złożeniu egzaminów corocznie przesyłać po 6 rsr. Towarzystwu wspomagania potrzebujących kolegów. Z wkładek tegorocznych opłacono czesne za 14 niezamożnych studentów. (*Wracz*, Nr. 46).

□ **Paryż**. Na posiedzeniu Towarzystwa Medycyny publicznéj, odbytém d. 25 października, zaznaczył prof. Brouardel smutną dla Paryżan okoliczność, że w ciągu ostatnich 12 lat śmiertelność pochodząca z chorób zakaźnych ciągle wzmaga się. Liczba umierających z duru i błonicy w ciągu ostatnich lat 10 powiększyła się w dwójnasób; śmiertelność w skutek ospy, płonicy i odry ustawicznie i stale wzrasta.

W Radzie m. Paryża powstała myśl założenia miejskiego muzeum higijeny.

D. 4. b. m. obchodziła Akademija nauk w Paryżu jubileusz sławnego chemika Dumasa, który przed 50 laty wstąpił do téj instytucyi.

○ Rząd francuski postanowił utworzyć nagrodę 50 000 fr., która ma nosić nazwę nagroda imienia Volty i być przyznaną w r. 1887 autorowi odkrycia, któreby ułatwiło zastósowanie elektryczności: 1) jako źródło ciepła światła, czynności chemicznéj, siły mechanicznéj, lub środka do przesyłania przedmiotów lub 2) w leczeniu chorób W artykule drugim dekretu postanowiono, że uczeni bez względu na narodowość mogą się o tę nagrodę ubiegać. To prawdopodobnie ma znaczyć, iż każdy o nagrodę tę ubiegać się może, choć brzmienie wzmiankowanego artykułu zdaje się wykluczać prostych wynalazców nie będących uczonymi. Ostateczny termin składania prac ustanowiono na 30 czerwca 1887. Rozstrzygać będzie komisyja wyznaczona przez Ministra wychowania publicznego a sprawozdanie z konkursu zamieszczone będzie w *Journal Officiel*. (*The Lancet*).

□ **Ameryka**. Dr. Edwards Evans w Nicholasville został zamordowany w październiku r. b. przez adwokata, od którego zażądał należytości za leczenie. (*Medical Ricord*).

□ **Chiny**. Smutny i oburzający panuje zwyczaj w Kantonie. W Zakładzie podrzutków prowadzi się handel małemi dziewczątkami, płaconemi 3 fr. 75 c. za jednę. Matki pozbawione uczuć macierzyńskich, lub będące bez utrzymania, pozostawiają swe dzieci w tym Zakładzie bez najmniejszych utrudnień ze strony urzędników, którzy ciągną znaczne korzyści ze sprzedaży dzieci. Właściciele domów publicznych zwiedzają to poniżające targowisko, wybierają dziewczątka, które wyróżniają się dobrém zdrowiem i pięknemi rysami, następnie utrzymują je w odosobnieniu, bez przystępu słońca, odżywiając je jak można najlepiéj. W r. 12 życia biedne te istoty wprowadzone zostają do domów rozpusty, a po dwuletniém przypatrywaniu się, rodzaju kursu teoretycznego, rozpoczynają upodlający zawód. Władze chińskie nie upoważniły tego sromotnego stanu rzeczy, ale mu nieprzeszkadzają. (*Le Progrès medical*, Nr. 48).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt**. Dr. Lichtenberg habilitował się jako docent chorób usznych.—**Oksford**. Znany fizyjolog Burdon Sanderson z Londynu otrzymał i przyjął katedrę fizyjologii i histologii w Oksfordzie. — **Insbruk**. D. 7 bm. Namiestnik tyrolski oddał Uniwersytetowi nowy zakład dla anatomii patologicznéj; dziekan Rokitansky oraz proff. anatomii patolog. Schott i chemii lek. Loebisch podczas uroczystości wyrazili wdzięczność Wydziału dla Rządu.—**Würzburg**. Prof. Socin w Bazylei nie przyjął ofiarowanéj sobie katedry chirurgii, opróżnionéj po Bergmannie. — **Wiedeń**. Dr. Jakób Lechner mianowany został prof. zwyczajnym w Zakładzie weterynarskim.— **Praga czeska**. W Wydziale lekarskim czeskim, którego urządzenia spodziewają się niezadługo, mają być mianowani: proff. zwyczajnymi okulistyki docent Schoebl, położnictwa prof. Streng, proff. nadzw. dermatologii docent Janovsky, patologii wewn. docent Maixner, farmakologii prof. Jirusz z Zagrzebia. Anatomiję opisową ma wykładać zastępczo lekarz miejski Dr. Steffal; następnie starać się ma rząd o pozyskanie prof. Tomsy z Kijowa dla katedry fizyjologii a prof. Lambla z Warszawy dla katedry anatomii patologicznéj.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. n. lek. uzyskał w Uniw. Jagiell, p. Adam Piórko z Nowéj Góry w Krakowskiém.

W r 1881/2 uzyskali aprobatę jako lekarze praktyczni w Królestwie pruskiém pp. Bronisław Daszkiewicz z Wrześni, Stanisław Maciej Józef Laszewski z Brachnowska, Dr. Ludwik Kempe z Poznania, Lipman Berliner z Leszna, Jan Traciński z Choroszyc, Feliks Peltesohn i Maks. Jaffé z Poznania.

* **Nekrologija**. D. 5 bm. umarł w Insbruku radca dworu Dr. Jerzy Gassner, b. lekarz przyboczny Cesarza Ferdynanda, licząc lat 75. — Tegoż dnia umarł w Monachijum tajny radca prof. Teodor Ludwik Bischoff, znakomity anatom, fizyjolog, głównie zasłużony jako embryjolog. Urodzony d. 28 października 1807 r. w Hanowerze, mianowany został w r. 1836 profesorem w Heidelbergu, 1843 w Giessen, a w r. 1855 w Monachijum.— D. 7 bm. umarł w Berlinie Dr. Lotar Meyer, lekarz ordynujący w miejskim szpitalu dla chorych nieuleczonych; pracował on głównie nad statystyką lekarską i policyją lekarską i był współpracownikiem Encyklopedyi lek. we Wiedniu wychodzącéj. Nie wiemy jednak, czy to ten sam Lotar Meyer, który pracą swoją pt. „*Die Einwirkung des Kohlenoxydgases auf das Blut*“ ogłoszoną w r. 1859 wielce się zasłużył w nauce o zaczadzeniu.

W Moskwie umarł z duru plamistego Dr. Pokrowski, starszy lekarz szpitala miejskiego; w Madrycie umarli: znany antropolog Dr. Piotr Gonzalez Velasco w 67 roku życia a Dr. Andrzej Rodriguez, lekarz i poeta, licząc lat 29.

□ W N. Yorku umarł profesor Dr. Henryk Draper. Po ukończeniu nauk lekarskich poświęcił on swój żywot pracom astronomicznym; pierwszy podał myśl fotografowania ciał niebieskich i ogłosił z téj dziedziny kilka prac wielkiéj naukowéj wartości.

* D. 7 bm. umarł w Gracu Dr. Franciszek Köstl, radzca rządowy, b. prof. i dyrektor zakładu dla obłąkanych w Pradze, licząc lat 72.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 49: Bocquina: O nowym systemie budowy szpitali; Vorstaedtera: Nowe narzędzia ginekologiczne; Minkiewicza: Spostrzeżenia chirurgiczne. Choroby przyrządu wzrokowego (dok.). — W *Medycynie* Nr. 49: Obalińskiego: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurg. U. J. za rok 1881/2 (c. d.); Rogozińskiego: Spostrzeżenie zaśniadu groniastego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w Środę dnia 20 b. m. w Sali **Kliniki okulistycznéj** posiedzenie zwyczajne, na którém 1. kol. Doc. Dr. Obaliński przedstawi dwóch chorych operowanych w szpitalu św. Ła-

zarza; 2. kol. Dr. Schram zda sprawę z kilku przypadków leczonych w klinice chirurgicznéj; a wreszcie 3. odbędą się wybory urzędników Towarzystwa na rok 1883

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. S. w Tarnowie: Zgadzamy się zupełnie z szan. Kolegą, że w danym przypadku uszkodzenie było lekkiém, i że w ogólności złamanie jednego żebra niepowikłane z zapaleniem opłucny lub płuca należy uważać za lekkie uszkodzenie cielesne. Ponieważ zresztą przypadek małéj jest wagi, sądzimy, że ogłoszenie go byłoby zbytecznem.

Sprostowanie. W Nrze 49 na str. 1széj szpalcie 2giéj wierszu 2 od góry zam. czerwienia wargowego, powinno być czerwieni wargowéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.